

# Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : une cause rare de vomissement chronique

## *Superior mesenteric artery syndrome: a rare cause of chronic vomiting*

**Siham Eddeghai<sup>1</sup>, Khadija Krati<sup>1</sup>, Abdelouahed Louzi<sup>2</sup>**

1. Service d'hépatogastro-entérologie, 2. Service de chirurgie viscérale  
CHU Mohammed VI, Marrakech (Maroc)  
[dreddeghai@gmail.com](mailto:dreddeghai@gmail.com)

### Résumé

**Introduction :** Le syndrome de la pince mésentérique est défini par la compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte. Il s'agit d'une entité rare, dont le traitement est d'abord médical mais nécessitant fréquemment le recours à la chirurgie. Nous rapportons une nouvelle observation avec revue de la littérature.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 64 ans avec antécédent de scoliose idiopathique non traitée, qui présentait depuis 6 mois des épigastalgies permanentes à type de pesanteur chez qui l'endoscopie digestive haute a mis en évidence une importante stase gastrique et duodénale et le scanner abdominal injecté a retrouvé une sténose de D3 avec un espace aorto-mésentérique réduit en rapport avec un syndrome de la pince mésentérique. La prise en charge a consisté en un traitement chirurgical après échec du traitement médical avec bonne évolution.

**Conclusion :** Le syndrome de la pince mésentérique est une affection rare et bénigne. Le scanner abdominal injecté est d'un intérêt capital pour faire le diagnostic dans plus de 90 % des cas. Le traitement est médical en premier lieu mais le recours à la chirurgie est fréquent.

### Mots-clés

Syndrome de la pince aorto-mésentérique ; vomissement chronique ; gastro-entéro-anastomose

### Abstract

**Introduction:** The mesenteric artery syndrome is defined by the extrinsic compression of the third portion of the duodenum between the superior mesenteric artery and aorta. It is a rare entity; first treatment is medical, but frequently surgery is required.

**Observation:** We report the case of a 64-year old patient with a history of untreated idiopathic scoliosis, with six months of continuous epigastric pain. Upper gastrointestinal endoscopy showed a large gastric and duodenal stasis and abdominal CT scan found a D3 stenosis with reduced aorto-mesenteric space related to a mesenteric artery syndrome.

The management consisted of surgical treatment after failure of medical treatment with a favorable outcome.

**Conclusion:** The mesenteric artery syndrome is a rare and benign disorder. The abdominal CT scan is of vital interest for the diagnosis in 90% of cases. Medical treatment is tried first but surgery is common.



## Keywords

*Superior mesenteric artery syndrome; Chronic vomiting; Gastro-entero-anastomosis*

## Introduction

Le syndrome de la pince mésentérique ou syndrome de Wilkie est défini par la compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte [1, 2]. C'est une cause rare d'obstruction duodénale bénigne dont les conséquences peuvent être lourdes d'où l'intérêt de mettre le point sur cette affection par cette nouvelle observation avec revue de la littérature.

## Observation

Patiente âgée de 64 ans avec antécédent d'ankylose du rachis cervical d'origine arthrosique et de scoliose idiopathique non traitées, qui présentait depuis 6 mois des épigastalgies permanentes à type de pesanteur aggravées par la prise alimentaire et soulagées par les vomissements post prandiaux tardifs non provoqués. Cette patiente ne présentait pas d'arrêt des matières et des gaz ni d'hémorragie digestive. La patiente était non dénutrie un IMC à 24 kg/m<sup>2</sup> (68 kg pour 1,67 m). Son examen clinique notait un clapotage à jeun, un pli cutané de déshydratation, sans empatement ni masse abdominale ou matité et un examen somatique sans anomalies.

Le bilan biologique de retentissement n'a pas révélé de troubles ioniques ni d'insuffisance rénale ni signes de dénutrition, l'endoscopie digestive haute a mis en évidence une œsophagite de stase stade 2, une stase gastrique et duodénale, une pangastrite érythémateuse et une sténose régulière infranchissable de D3 d'allure non tumorale ni inflammatoire sans anomalies de la muqueuse en regard dont les biopsies n'ont pas montré de signes de malignité mais plutôt une duodénite non spécifique avec aux biopsies gastriques une gastrite chronique active à HP. Le transit œsogastroduodéal (TOGD) a montré une sténose duodénale régulière bien centrée avec importante stase d'amont (Fig. 1 et 2). Devant ce tableau clinique, un scanner abdominal avec injection de PDC a été réalisé, retrouvant une sténose de D3 avec un espace aorto-mésentérique réduit en rapport avec un syndrome de la pince mésentérique, avec un kyste rénal droit simple et des veines rénales normales (Fig. 3 et 4).

La prise en charge a consisté en un traitement médical à base de traitement postural en décubitus latéral gauche et de renutrition par voie orale puis parentérale pendant 5 jours. En raison de la non-amélioration sous traitement médical, une dérivation chirurgicale (gastro-entéro-anastomose) a été réalisée sans incident (Fig. 5 et 6). L'alimentation a été reprise à J3 du postopératoire ; la patiente est sortie à J7 avec des suites postopératoires simples et une amélioration clinique avec un recul de 4 mois.

## Discussion

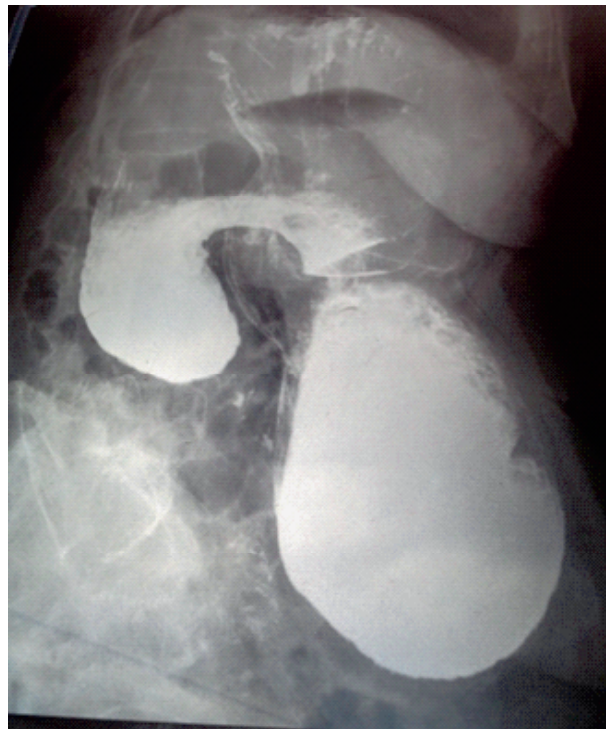
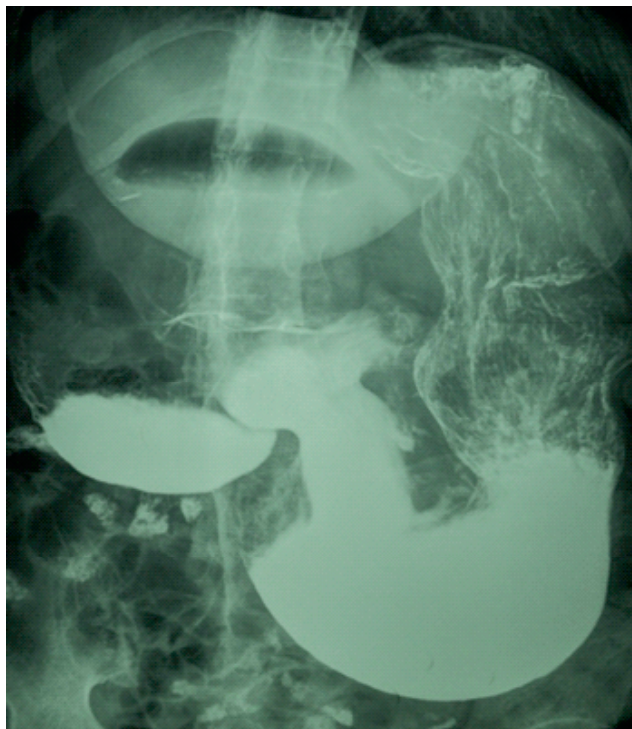
Le syndrome de la pince mésentérique ou syndrome de Wilkie a été rapporté pour la première fois par Rokitanski en 1861 [1]. Et c'est Wilkie qui en décrit la physiopathologie et le traitement à partir d'une série de 64 patients en 1927. Il a reçu de nombreuses appellations au fil des années [3] : syndrome de la pince mésentérique, syndrome de Wilkie, syndrome de l'artère mésentérique supérieure, syndrome de compression artério mésentérique duodénale.

Il s'agit d'une entité rare, survenant préférentiellement chez des patients jeunes âgés entre 17-39 ans de sexe féminin [3, 4], sa prévalence est de 0,013 % à 0,78 % [3], seules des séries de cas sont rapportés dans la littérature [5] dans des contextes divers : aigu ou chronique, postopératoire, anorexie mentale, chirurgie du rachis, réanimation. La particularité de notre observation réside dans l'âge assez avancé de la patiente.



**Figures 1 et 2**

**TOGD : stase gastrique et duodénale en amont d'une sténose duodénale régulière**

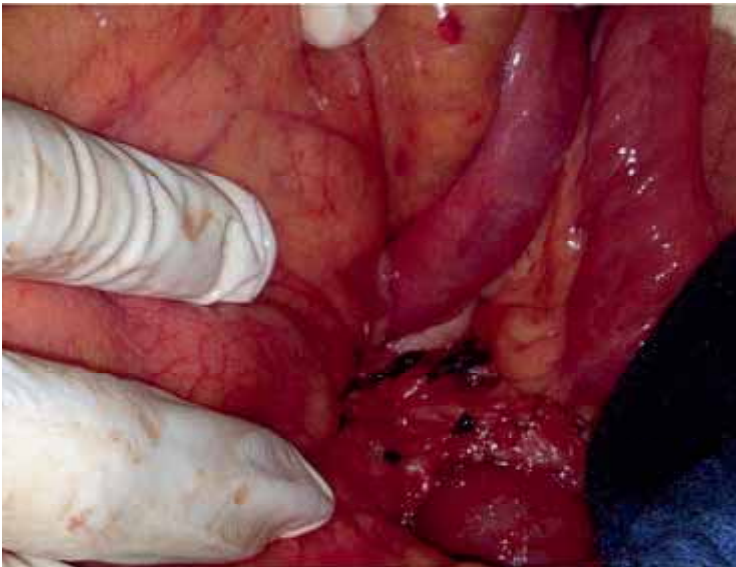


**Figures 3 et 4**

**Scanner abdominal : sténose de D3 et espace aorto-mésentérique réduit en rapport avec un syndrome de la pince mésentérique avec un kyste rénal droit simple et des veines rénales normales**







**Figure 5**  
*Image peropératoire montrant  
la compression de la troisième portion  
du duodénum par l'artère mésentérique  
supérieure*



**Figure 6**  
*Image peropératoire de la  
gastro-entéro-anastomose*

Sa physiopathologie est liée à une distance aorte-artère mésentérique réduite, inférieure à 8 mm à la hauteur de D3 associée à un angle aorto-mésentérique ainsi devenu inférieur à 20°. Certains facteurs favorisants ont été décrits dans la littérature, notamment :

- ▶ un amaigrissement rapide entraînant la fonte de la graisse mésentérique ;
- ▶ des déformations rachidiennes (une hyperlordose rachidienne, un traumatisme ou chirurgie du rachis, la correction d'une scoliose) ;
- ▶ des anomalies anatomiques (brièveté ou hypertrophie du ligament de Treitz, une origine basse de l'artère mésentérique supérieure sur l'aorte) ;
- ▶ certaines maladies de systèmes (sclérodermie),
- ▶ une intervention sur l'aorte ;
- ▶ une infirmité motrice cérébrale ;
- ▶ la présence d'adénopathie mésentérique ;
- ▶ un anévrysme de l'aorte abdominale ;
- ▶ une anastomose iléo-anale, à côté d'un facteur génétique qui a été incriminé récemment après la description d'un syndrome de la pince mésentérique chez des membres de la même famille [1, 6-9].



Dans notre observation, le facteur favorisant est très probablement représenté par les déformations rachidiennes non traitées.

Les symptômes révélateurs sont variables et aspécifiques : il peut s'agir d'un tableau aigu ou plus souvent chronique. La forme aiguë est révélée par un tableau d'occlusion digestive haute avec apparition possible de complications (désordres hydro-électrolytiques, des complications respiratoires sévères voire des ruptures gastriques) Des complications néphrologiques par compression de la veine rénale gauche avec protéinurie, hématurie et hypertension artérielle ont également été rapportées [10]. Lorsque la symptomatologie est chronique, il existe des douleurs épigastriques postprandiales intermittentes avec sensation de plénitude gastrique (classiquement améliorées par le décubitus latéral gauche ou ventral), des nausées ou vomissements avec souvent des symptômes de reflux majoré par la stase [5]. Dans notre observation, le tableau clinique était chronique, fait d'épigastalgies chroniques avec vomissements sans atteinte rénale.

Le diagnostic positif est réalisé par le scanner abdominal injecté ou, au mieux couplé à l'ingestion d'eau (ou produit de contraste) dans 95 % des cas, qui permet aussi d'exclure d'autres causes d'obstruction extrinsèque (notamment des tumeurs de voisinage, un pancréas annulaire...). Il permet de retrouver une dilatation duodénale en amont de l'obstacle.

Les éléments qui caractérisent le syndrome sont : une distance aorte-artère mésentérique de moins de 8 mm (sensibilité et spécificité de 100 %) et un angle aorto-mésentérique de moins de 22° (sensibilité de 42,8 %, spécificité de 100 %) [10]. L'endoscopie digestive haute n'a pas d'apport diagnostique.

Le transit gastroduodénal peut montrer des signes indirects comme une dilatation duodénale avec arrêt linéaire du produit de contraste au niveau de D3.

L'échographie peut montrer une dilatation du deuxième duodénum avec respect du péristaltisme, parfois une réduction de l'espace entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte, Le Doppler couleur peut aider à mesurer l'angle d'origine de l'artère mésentérique supérieure [3].

La prise en charge repose d'abord sur un traitement médical qui comprend une nutrition par des repas fréquents dilués à la consistance d'une purée ou d'une soupe, associé au traitement postural en décubitus latéral gauche ou en procubitus et à la correction des troubles hydro électrolytiques ; ou au mieux une nutrition entérale par sonde jéjunale lestée placée au-delà de la zone de compression [3].

Le traitement médical peut améliorer la symptomatologie dans 30 à 50 % des cas surtout en présence d'un facteur favorisant évident et corrigible, et l'estomac reprend son volume normal en 15 jours à un mois. Toutefois, il est parfois non réalisable (infirmité motrice cérébrale, pathologie rachidienne) [1, 2].

Le recours à un traitement chirurgical ne doit être envisagé qu'après échec du traitement médical [1, 6]. Il est considéré comme nécessaire dans 75 % des cas pour certains auteurs [2]. La duodéno-jéjunostomie latérolatérale entre le duodénum et la première anse jéjunale est alors l'intervention la plus fréquemment réalisée sans résection duodénale ni décroisement. Elle donne des résultats satisfaisants avec un taux de réussite de 90 % [11,12]. Les alternatives sont la section du ligament de Treitz pour abaisser D4 et donc la distance de croisement entre D3 et l'AMS (intervention de Strong), la translation rétro mésentérique du duodéno-jéjunum et la gastroentéro-anastomose.

Chez notre patiente, nous avons opté pour une gastro-entéroanastomose devant l'échec du traitement médical.

Le pronostic est généralement favorable si le diagnostic et la prise en charge sont précoces.

## Conclusion

Le syndrome de la pince mésentérique est une affection rare et bénigne qui peut avoir des conséquences graves si la prise en charge est faite tardivement. Le scanner abdominal injecté est d'un intérêt capital pour faire le diagnostic dans plus de 90 % des cas. Le traitement est médical en premier lieu mais le recours à la chirurgie est fréquent.



## Références

1. Chehab F, Hajji I, Haimoud N, Lakhroufi A, Khaiz D, Bouzidi A. Le syndrome de la pince mésentérique chez l'adulte. *Ann Chir* 2001; 126: 808-21.
2. Kadji M, Naouri A, Bernard P. Syndrome de la pince mésentérique à propos d'un cas. *Ann Chir* 2006;131(6-7):389-392, Doi: 10.1016/j.anchir. 2005.12.013
3. Michael L. Lorentziadis Athens. Wilke's syndrome. A rare cause of duodenal obstruction. *Medical Ann Gastroenterol* 2011;24 (1):59-61.
4. Kalouche I, Leturgie C, Tronc F, Bokobza B, Michot F, Pons P. Le syndrome de la pince mésentérique. A propos d'une observation et revue de la littérature. *Ann Chir* 1991;45:609-62.
5. Zadegan F, Lenoir T, Drain O, Dauzac C, Leroux R, Morel E, Guigui P. Syndrome de la pince aorto-mésentérique après correction d'une déformation rachidienne. *Rev Chir Orth Traum* 2007; 93(2):181-85.
6. Loeb T, Loubert G, Morsly R, Gabillet JM, Pasteyer J. Syndrome de l'artère mésentérique supérieure. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1999;18(9):1000-4.
7. Welsch T, Buchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg* 2007;24:149-56
8. Gersin KS, Heniford BT. Laparoscopic Duodenojejunostomy for Treatment of Superior Mesenteric Artery Syndrome. *JSLS* 1998;2(3):281-84.
9. Ortiz C, Cleveland RH, Blickman JG, Jamarillo D, Kim SH. Familial superior mesenteric artery syndrome. *Pediatr Radiol* 1990;20:588-9.
10. Sabbagh C, Santin E, Potier A, Regimbeau JM. The superior mesenteric artery syndrome: A rare etiology for proximal obstructive syndrome. *J Visc Surg* 2012;149(6):428-9.
11. Rikki Singal, Pradeep Kumar Sahu, Mukesh Goel, et al. Superior mesenteric artery syndrome: A case report. *N Am J Med Sci* 2010;2(8): 392-94. doi: 10.4297/najms.2010.2392
12. Ylinen P, Kinnunen J, Höckorstedt K. Superior mesenteric artery syndrome: a follow up study of 16 operated patients. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:386-91.

**Lien d'intérêt : aucun**